

Pielęgniarki na rynku pracy

Wiesława Kozek

Instytut Socjologii, Uniwersytet Warszawski

Adres do korespondencji: Wiesława Kozek, Instytut Socjologii, Uniwersytet Warszawski
00-927 Warszawa, ul. Karowa 18, w.kozek@is.uw.edu.pl

Abstract

Nurse position on the labour market

Purpose of the paper is description of nurse position on the labour market and vis a vis employers in health care system. Shrinking of the personnel supply and low attractiveness of the nurse occupation due to low wages has been indicated. High labour unionisation and capacity for strike organizing were described. A thesis of the article it is that the defensive strategy of nurses is concentrated now more around the collective action than across competing on the labour market. The alterability of this strategy is sketched as one to be more oriented on the market balance in consequence of the lack of sufficient inflow to the occupation of young candidates. The empirical base of analysis constitutes: public statistics presented by Ministry of Health, Central Statistical Office, Chambers of Nurses and Midwives, and research findings coming from project: "Municipal Hospitals under the pressure of changes", done in years 2012–2013 in Warsaw.

Key words: employment, nurses in Poland, occupational strategy on labour market, wages

Słowa kluczowe: pielęgniarki w Polsce, pozycja rynkowa, strategia obronna zawodu, zarobki, zatrudnienie

Obecnie pielęgniarka to – w powszechnym odczuciu – zawód bardzo szanowany. W badaniu CBOS, dotyczącym prestiżu zawodów w Polsce, zrealizowanym w roku 2008, pielęgniarka zajęła pod względem rangi 4. miejsce od góry po profesora uniwersytetu, strażaka i górnik, a przed lekarzem, inżynierem i nauczycielem [1]. W badaniu tym aż 77% respondentów określiło swoje poważanie w odniesieniu do pielęgniarki, określając je jako duże, 20% jako średnie, 2% jako małe, a 1% nie potrafiło udzielić odpowiedzi. Sprawozdający wyniki tego badania napisali: „To, że zawód pielęgniarki lokuje się wyżej niż zawód lekarza, może w pewnym stopniu wynikać z kompensaty za niskie zarobki” [1]. Wyjaśnienie to nawiązuje do koncepcji „dekompozycji cech położenia społecznego”, używanej przez badaczy struktury społecznej w Polsce od lat 60. XX wieku [2]. Koncepcja ta objaśniała, że zawody, które w ówczesnych warunkach nie były dostatecznie finansowo gratyfikowane, społeczeństwo swoiście „dowartościowywało”, obdarzając je większym szacunkiem. Minęło pół wieku od tego czasu, żyjemy od ponad dwóch dekad w warunkach gospodarki rynkowej, a ta koncepcja dalej może być przywołana w przypadku statusu społecznego pielęgniarek. Badania,

o których mowa, pokazują, że tzw. znormalizowana średnia ocen prestiżu zawodu pielęgniarki wzrosła w latach 1999–2008 z 65 do 75%, czyli aż o 10%, natomiast zarobki pielęgniarek są od lat przedmiotem zbiorowego ich kontestowania, szczególnie przez pielęgniarki pracujące w szpitalach [3].

Ten wysoki prestiż zawodu nie doznał uszczerbku, pomimo że pielęgniarki tworzą zbiorowość kontestującą warunki pracy i płacy od początków reformy ochrony zdrowia [4], a przecież zawodom uznawanym za „z powołania” opinia publiczna długo odmawiała praw do protestu w formie strajku (np. lekarzom, nauczycielom). Pielęgniarkom tego prawa się nie odmawia tak bardzo jak lekarzom [5].

W szczególności aktywne w dochodzeniu do lepszych warunków płacowych są pielęgniarki pracujące w lecznictwie szpitalnym, co jest częściowo związane z większą możliwością samoorganizacji w tych relatywnie dużych zbiorowościach pracowniczych. Szacunki pokazują, że ogólnie do związków zawodowych należy co najmniej ponad 50% pracujących pielęgniarek, z tym że większość pracuje właśnie w szpitalach, gdzie przynależność do związków dochodzi do 95%.

Jest oczywiste, że pielęgniarcom nie wystarcza szacunek pacjentów, chcą także finansowej gratyfikacji swojego wkładu w ochronę zdrowia. Z pewnością powodzenie tego strategicznego przedsięwzięcia zależy od wielu czynników. To zagadnienie stoi w centrum prezentowanej analizy.

Celem tej analizy jest udzielenie odpowiedzi na pytania badawcze odnoszące się do istoty procesów zatrudnienia w zawodzie pielęgniarstwa i opisanie zbiorowych starań tego środowiska o poprawę położenia na rynku pracy.

Podstawę teoretyczną stanowi teoria równowagi podaży–popytu na rynku pracy [6] oraz teoria Mancura Olsona, odnosząca się do zbiorowego działania grup zawodowych [7]. Obie teorie uzupełniają się wzajemnie, próbując wyjaśnić istotę strategii grup zawodowych na rynku pracy. Pierwsza z nich mówi o konsekwencji braku równowagi między popytem i podażą na rynku pracy – dobrze charakteryzuje dążenia grup zawodowych do ustanowienia ograniczeń dostępu do zawodu po stronie podaży (licencje, uprawnienia do wykonywania zawodu, przymusowe członkostwo w organizacjach zawodowych) oraz wyjaśnia poprawę położenia grup zawodowych pod wpływem ograniczenia popytu (zmiana liczby dostępnych stanowisk pracy) i podaży (o charakterze demograficznym i edukacyjnym) [6]. Druga teoria tłumaczy, dlaczego grupy zawodowe wybierają strategie ochrony poprzez organizacje zawodowe (typu stowarzyszenia zawodowe, towarzystwa profesjonalne) bądź poprzez związki zawodowe. Strategie te są odzwierciedlone odpowiednio jako lobby związkowe lub lobby zawodowe [7].

Analizując koncepcje braku równowagi między popytem i podażą na rynku pracy, należy koncentrować się na takich kwestiach po stronie podaży, jak: liczba osób uprawnionych do wykonywania danego zawodu, liczba osób pracujących w zawodzie, bezrobocie w zawodzie, dostęp do zawodu osób spoza krajowego rynku pracy, formy i szybkość kształcenia, zjawiska emigracji zarobkowej w zawodzie. Po stronie popytu analizuje się formy zatrudnienia w zawodzie, atrakcyjność zarobków oferowanych przez pracodawców, ostatecznie strategie pracodawców w stosunku do danej grupy zawodowej.

Teoria Olsona nakazuje interesowanie się kwestiami grupowej organizacji interesów: przynależnością do organizacji grupowej reprezentacji interesów w formie obligatoryjnej i fakultatywnej.

Prezentowana analiza będzie oparta na danych dotyczących zatrudnienia pielęgniarek, przedstawianych w Biuletynach Statystycznych Ministerstwa Zdrowia, danych podobnego rodzaju gromadzonych przez Naczelną Izbę Pielęgniarek i Położnych, danych pochodzących ze statystyki publicznej GUS, wyników badania socjologicznego „Szpitale samorządowe pod presją zmian” na temat warunków zatrudnienia, realizowanego w latach 2012–2013. Było to badanie statutowe, prowadzone przez Instytut Socjologii Uniwersytetu Warszawskiego przez Wiesławę Kozek w czterech szpitalach samorządowych, metodą *case study*. Metoda ta opierała się na analizie publicznie dostępnych dokumentów dotyczących szpitali, analizie artykułów prasowych na ich temat, przeprowadzaniu 30 wywiadów pogłębionych z: dyrektorami

szpitali lub dyrektorami ds. leczenia, lekarzami zatrudnionymi na umowę o pracę i na kontrakcie, pielęgniarkami zatrudnionymi na umowę o pracę, działaczami największych związków zawodowych oraz pielęgniarkami naczelnymi. Dyspozycje do wywiadu koncentrowały się na problemach związanych z zatrudnieniem i stosunkami pracy w badanych szpitalach. Wielość typów respondentów pozwoliła na triangulację, czyli uzyskanie wielości perspektyw interpretacyjnych, wymaganej od metody *case study*.

Pielęgniarki pracujące w zawodzie i uprawnione do wykonywania zawodu

Jeśli chodzi o liczbę pracujących pielęgniarek, to w świetle danych Eurostatu Polska miała ich w roku 2010 więcej na 100 tys. mieszkańców niż takie kraje europejskie, jak Bułgaria, Hiszpania, Łotwa i Rumunia. Nieco wyższy wskaźnik niż Polska osiągają takie kraje, jak Litwa, Węgry, Estonia, Austria. Czechy mają wskaźnik nawet wyższy niż Austria. Zdecydowanie wyższy wskaźnik osiągają kraje znacznie bogatsze od Polski: Szwajcaria, Dania, Islandia, Norwegia, Niemcy i Wielka Brytania (**Tabela I**). Prawie we wszystkich krajach wskaźnik ten wzrósł w latach 2002–2010, z wyjątkiem Estonii, Łotwy i Rumunii.

Kraj	Wskaźnik roku 2010
Szwajcaria	1630,8
Dania	1572,3
Islandia	1532,8
Norwegia	1490,5
Niemcy	1150,7
Luksemburg	1141,3
Wielka Brytania	1012,5
Finlandia	997,0
Holandia	855,4
Czechy	848,2
Słowenia	823,5
Austria	783,1
Litwa	721,7
Malta	682,2
Estonia	640,7
Węgry	639,1
Polska	585,0
Chorwacja	565,7
Rumunia	541,8
Łotwa	487,8
Bułgaria	465,0

Tabela I. Liczba pielęgniarek praktykujących na 100 000 obywateli w wybranych krajach europejskich w roku 2010 (w Danii i Finlandii w roku 2009, w Holandii w roku 2008).

Źródło: Eurostat 2013.

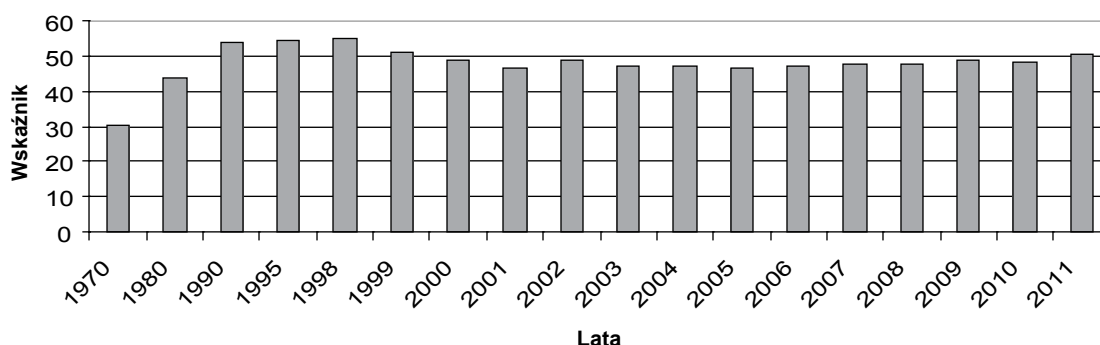
Jest kwestią dyskusyjną, co powinno być punktem odniesienia do oceny wielkości tego wskaźnika w Polsce: czy poziom dochodu narodowego na głowę mieszkańca – co oddaje w jakimś stopniu możliwości, czy wielkość tego wskaźnika w krajach od nas bogatszych, co może określać nasze aspiracje. Niewątpliwie jednak ogólny trend wskazuje, że w Europie wskaźnik ten rośnie, a jego regres charakteryzuje kraje przeżywające problemy gospodarcze. Problemy gospodarcze, związana z tym polityka ograniczeń budżetowych oraz ograniczeń w wydatkach publicznych wyjaśniają ograniczenia po stronie popytu na miejsca pracy pielęgniarek. Ogólnie jednak wydaje się, że pewnym ważnym trendem cywilizacyjnym w Europie jest wzrost zatrudnienia pielęgniarek w miarę wzrostu dochodu narodowego w danym kraju, co się wiąże ze wzrostem wydatków na ochronę zdrowia w miarę bogacenia się społeczeństw europejskich.

Wskaźnik liczby pracujących pielęgniarek na 100 tys. mieszkańców w Polsce od początku obecnego wieku był względnie stabilny. Jego wzrost następował od lat 70. ubiegłego wieku, by osiągnąć apogeum w roku 1999. Można zaryzykować stwierdzenie, że od czasu, gdy w Polsce wprowadzono zmiany w finansowaniu pub-

licznym ochrony zdrowia, spadł wyraźnie w roku 2000 i od tego czasu bardzo powoli rósł i dopiero w roku 2009 osiągnął poziom z roku 1999 (**Wykres 1**).

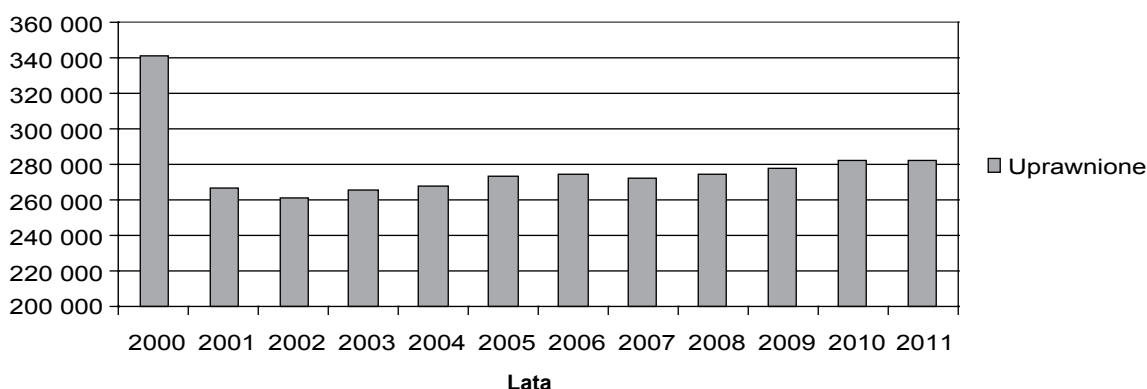
W roku 2000 prawo do wykonywania zawodu pielęgniarki posiadało w Polsce 340 906 osób, a już rok później tylko 267 208 (**Wykres 2**). Ten olbrzymi regres dokonał się w pierwszym etapie wprowadzania nowego systemu finansowania ochrony zdrowia. Tak duży spadek liczby pielęgniarek uprawnionych do wykonywania zawodu między rokiem 2000 i 2001 był spowodowany utratą uprawnień związaną z porzucaniem zawodu oraz likwidacją placówek leczniczych. Jeśli chodzi o odpływ z zatrudnienia, to w latach 1999–2001 w wyniku restrukturyzacji zwolniono według informacji Ministerstwa Zdrowia 87 tys. osób [8]. Raport końcowy z analizy ankiet, dotyczących restrukturyzacji zatrudnienia w ochronie zdrowia, przygotowany przez Centrum Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia Ministerstwa Zdrowia, przewidywał, że redukcją zatrudnienia zostanie objętych 7,1% pielęgniarek i położnych [8].

Prawdopodobnie wiele pielęgniarek odeszło też wtedy do innych zawodów i prac, nie widząc perspektyw finansowych w dotychczas wykonywanym zawodzie.



Wykres 1. Pielęgniarki zatrudnione na 10 tys. mieszkańców w Polsce.

Źródło: Eurostat 2013.



Wykres 2. Pielęgniarki uprawnione do wykonywania zawodu w Polsce.

Źródło: Obliczenia własne na podstawie Biuletynów Statystycznych Ministerstwa Zdrowia.

Warto przypomnieć, że były to lata masowych protestów przeciwko pogarszaniu się sytuacji ekonomicznej pracowników ochrony zdrowia, a wynik tych protestów w odniesieniu do pielęgniarek, czyli podniesienie miesięcznego wynagrodzenia tej kategorii pracowników decyzją parlamentarną o około 200 zł, nie zmieniał istotnie jego poziomu. Być może w ramach systemu ochrony zdrowia już wcześniej różne jego podmioty ograniczały zatrudnienie, również zatrudnienie pielęgniarek, które nie mogły znaleźć zatrudnienia w zawodzie, a tym samym traciły kwalifikacje.

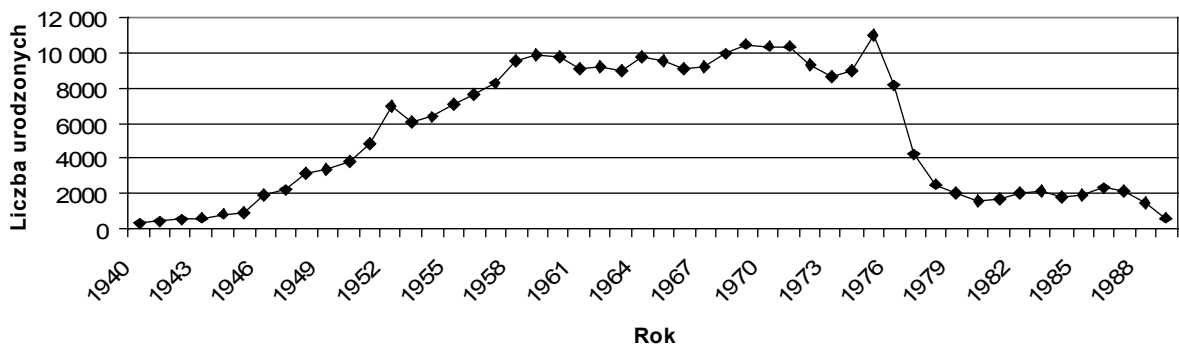
W tym też okresie zmniejszył się dramatycznie dopływ nowych kadr do zawodu pielęgniarki: o ile pielęgniarki urodzone w latach 1970–1979 stanowią obecnie ich większość, to te urodzone w latach 80. nie stanowią nawet 10% ich populacji (**Wykres 3**). Prawdziwy problem braku pielęgniarek powstanie więc w perspektywie najbliższych 5–10 lat, pomimo przedłużonego ustawowo wieku przechodzenia na emeryturę. Pielęgniarek będzie za mało, nawet w porównaniu z obecnymi rzeczywistymi standardami ich zatrudniania.

Istnieje dosyć duża różnica między liczbą pielęgniarek uprawnionych do wykonywania zawodu a w nim pracujących. Różnica ta sięgała prawie ponad 30% śred-

niorocznie w latach 2005–2011 (**Wykres 4**). Cóż takiego dzieje się w tym zawodzie, że tak dużo pielęgniarek od niego odchodzi? Oczywiście pewna liczba porzuceń jest naturalna, może wynikać z błędów wyboru zawodu, z niedopasowania osoby do wymagań roli zawodowej. Skala odejść od zawodu w bezpośredniej pracy z pacjentami jest jednak dramatycznie wysoka!

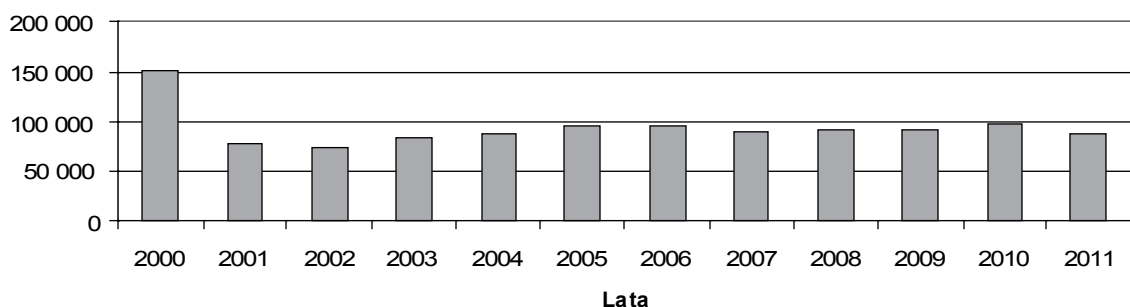
By to wyjaśnić, podjęto próbę oszacowania liczby pielęgniarek pracujących w administracji i szkolnictwie wyższym, co byłoby pewnym oczywistym powodem odchodzenia od zawodu w sensie ścisłym. W roku 2004 było to jedynie 1690 osób, więc stosunkowo niewiele [9].

Często podnoszono w tym kontekście – jako wyjaśnienie – kwestię migracji zarobkowych pielęgniarek z Polski po 1 maja 2004 r. do krajów Unii Europejskiej i Norwegii, ale okazało się, że skala zjawiska nie jest tak duża, jak się powszechnie sądzi [10]. W latach 2004–2011 Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych wydała nie więcej niż 7 tys. zaświadczeń dla procedury uznawania kwalifikacji zawodowych w krajach Unii Europejskiej, co przy około 180 tys. zatrudnionych pielęgniarek w kraju w tym czasie nie jest bardzo dużą liczbą. Jednak niepokoi fakt, że wyjeżdżały najliczniej pielęgniarki o najwyższych kwalifikacjach: absolwentki



Wykres 3. Rok urodzenia pielęgniarek w Polsce.

Źródło: Dane Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych.



Wykres 4. Różnica między liczbą pielęgniarek uprawnionych do wykonywania zawodu a pracujących w nim w Polsce.

Źródło: Obliczenia własne na podstawie danych pochodzących z Biuletynów Statystycznych Ministerstwa Zdrowia.

studiów magisterskich i licencjackich. W rezultacie liczba pielęgniarek legitymujących się dyplomem wyższej szkoły po studiach w latach 2004–2011 równa się liczbie wydanych przez Naczelną Izbę Pielęgniarek i Położnych zaświadczeń dla procedury uznawania za granicą kwalifikacji zawodowych. Nie można założyć, że to te same osoby, niemniej wyjazdy pielęgniarek za pracę wydają się w całości „konsumować” rezultaty edukacji na poziomie wyższym.

Pielęgniarki wyjeżdżają za granicę nie tylko dlatego, że znalazły tam miejsce zatrudnienia w swoim zawodzie. Mogą decydować się na wyjazd, by znaleźć dużo lepiej płatną pracę jako opiekunki osób starszych i niepełnosprawnych w ramach placówek opiekuńczych i leczniczych, a także w celu świadczenia opieki w indywidualnych gospodarstwach domowych. Liczba ta nie jest znana. Szacuje się, że najwięcej takich wyjazdów następuje do Włoch i Niemiec. Polskie pielęgniarki mogą też pracować za granicą jako opiekunki medyczne czy asystentki pielęgniarek, wówczas także nie muszą zabiegać o zaświadczenia z Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych.

Prawdopodobnie niechęć do podejmowania nauki tego zawodu, odejścia z niego pomimo zdobycia uprawnień i migracja za pracę za granicę jest związana z niskimi zarobkami i zwiększającą się intensywnością pracy pielęgniarek w Polsce.

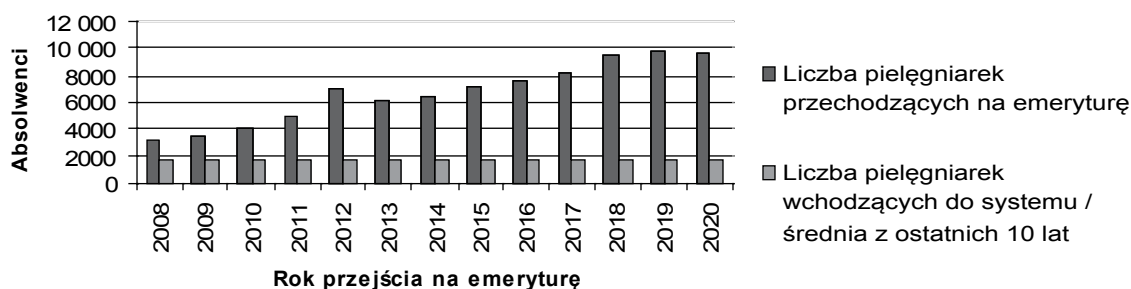
W rezultacie bilans strumienia odejścia od zawodu (również z powodu przejścia na emeryturę) i dopływu nowych kadr do zawodu w najbliższych latach będzie ujemny. Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych opublikowała dane o liczbie pielęgniarek, które przejdą na emeryturę do roku 2020 w porównaniu z liczbą osób wchodzących do systemu (absolwentów studiów pielęgnarskich) (**Wykres 5**). Ujemny bilans jest szacowany w latach 2008–2020 na liczbę 66 281 osób! Jest interesujące, czy projekty edukacyjne w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego na lata 2014–2020 będą zmierzać do zmniejszenia tego deficytu. Wydaje się to konieczne, szczególnie w warunkach nowego zadania, jakim jest konieczność objęcia odpowiednią opieką pielęgnarską starzejącego się systematycznie społeczeństwa polskiego.

Mamy więc do czynienia z klasycznym demograficznym ograniczeniem podaży na rynku pracy. Tylko bardzo świadomy wysiłek władz państwowych (np. może poprzez program pielęgniarstwa jako kierunku zamawianego na wzór niektórych studiów inżynierskich) może tę tendencję osłabić.

Zatrudnienie pielęgniarek jako kontrola popytu

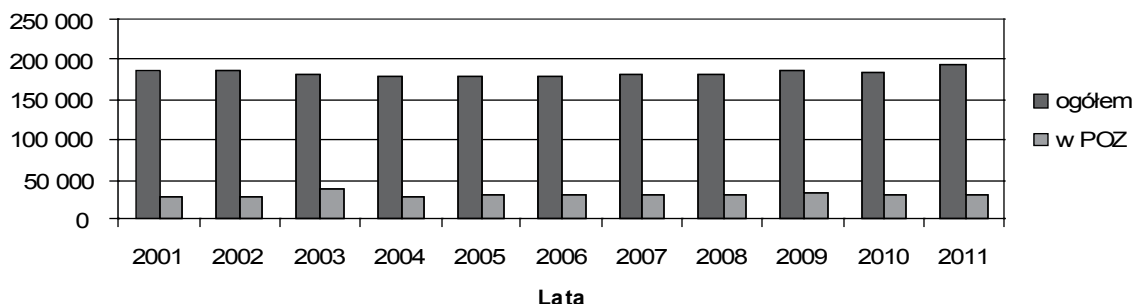
Z dostępnych danych wynika, że w latach 2001–2011 można mówić o pewnej stabilizacji w zakresie poziomu zatrudnienia pielęgniarek, choć w ostatnich dwóch latach zauważa się pewną tendencję wzrostową. Pielęgniarki zatrudnione w podstawowej opiece zdrowotnej tworzą wyraźną mniejszość (**Wykres 6**). Podstawowa opieka zdrowotna to obecnie raczej niewielkie zakłady pracy, działające jako niepubliczne jednostki opieki zdrowotnej. Okazuje się też, że przeważająca forma zatrudnienia w podstawowej opiece zdrowotnej to nadal umowy o pracę. Umowy cywilno-prawne stanowią mniejszość, bez wyraźnej wzrostowej dynamiki (**Wykres 7**).

Nie jest to pełny obraz zatrudnienia pielęgniarek; bez wiedzy o praktykach pielęgnarskich. Placówki lecznicze zaczęły bowiem zatrudniać także na podstawie innej formy zatrudnienia niż umowa o pracę, umowa o dzieło czy umowa zlecenie. Zatrudnienia kontraktowe umożliwia forma świadczenia pracy, jaką są praktyki pielęgnarskie. Okazuje się, że tendencja sięgania do tych form zatrudnienia jest w Polsce stosunkowo duża, z pewnością obejmuje co najmniej 10% stanu zatrudnienia, co jest prawdopodobnie szacunkiem wyraźnie zaniżonym. Te 10% wynika z liczby indywidualnych praktyk pielęgnarskich, których jest prawie 17 tys. w całej Polsce. Rozkładają się one bardzo nierównomiernie w układzie województw (**Tabela II**). Przodują pod tym względem województwa zachodniopomorskie, wielkopolskie, mazowieckie i kujawsko-pomorskie. Oznacza to, że w tych województwach rozpowszechniły się zdecydowanie bardziej te formy zatrudnienia niż w takich województwach, jak: małopolskie, opolskie lub świętokrzyskie. Praktyki grupowe pielęgnarskie i położnych w roku 2011 to około 400 firm, najwięcej w województwach wielkopolskim



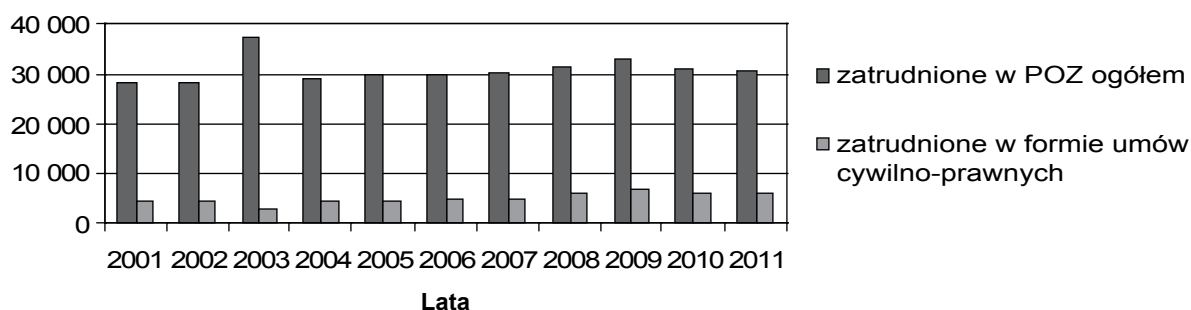
Wykres 5. Liczba pielęgniarek, które przejdą na emeryturę do roku 2020 w porównaniu z liczbą osób wchodzących do systemu.

Źródło: „Analiza liczby pielęgniarek i położnych przechodzących na emeryturę oraz pielęgniarek i położnych wchodzących do systemu”, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych, <http://nipip.pl/index.php/aktualnosci/stat/266-struktura-wieku/1767-struktura-01-2010>; dostęp: 4.03.2013.



Wykres 6. Pielęgniarki zatrudnione ogółem, w tym w podstawowej opiece zdrowotnej.

Źródło: Obliczenia własne na podstawie Biuletynów Statystycznych Ministerstwa Zdrowia.



Wykres 7. Zatrudnienie pielęgniarek w podstawowej opiece zdrowotnej ogółem i w formie umów cywilno-prawnych.

Źródło: Obliczenia własne na podstawie Biuletynów Statystycznych Ministerstwa Zdrowia.

i małopolskim (**Tabela III**), ale być może ta liczba niewiele mówi, bo nie znamy liczby osób wchodzących w skład praktyk grupowych.

Kwestia kontraktowego zatrudniania pielęgniarek wywołała przed paru laty duże spory, włącznie z protestami z ławek sejmowych dla publiczności, które okupowały działaczki Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych. Protest ten okazał się nieskuteczny, zapewniono je jedynie o dobrowolności decyzji przejścia z umowy o pracę na kontrakt. W praktyce nowe oferty pracy dla pielęgniarek, pracujących dotychczas na umowy o pracę na czas określony, są ofertami umów kontraktowych z praktyką indywidualną. W szpitalach samorządowych w stolicy kontraktowanie zaczyna być poważnie rozważanym rozwiązaniem w sytuacji, gdy szpitale muszą drastycznie obniżyć koszty. W takim przypadku nawet ¼ obsady pochodzi z kontraktowania (najczęściej obsadza się w ten sposób dyżury całonocowe i 12-godzinne, korzysta się też z kontraktów w przypadku zadań awaryjnych). Obsadę taką zapewniają firmy zewnętrzne. W szpitalach niedoświadczających w momencie naszego badania znacznych problemów finansowych zatrudnienie kontraktowe dotyczy od 1 do 14% obsady. Z danych zgromadzonych przez „Gazetę Wyborczą” wynika, że

„W szpitalach w Warszawie i okolicznych gminach na kontraktach pracuje zaledwie 166 pielęgniarek spośród ponad 27 tys. i tylko 27 położnych” [11]. Te informacje prasowe w odniesieniu do szpitali nie potwierdzają się z tego źródła co do Warszawy i okolic oraz nie potwierdzają w odniesieniu do całego województwa mazowieckiego, w którym istnieje 2297 praktyk pielęgniarskich i położnych razem (**Tabela II**).

Z analizy tej wynika, że po stronie pracodawców, kształtujących popyt na miejsca pracy, wychodzą oferty zatrudnienia, które je ograniczają. Pielęgniarki zatrudnione w innych formach niż umowy o pracę czasem podejmują się pracy w dwóch–trzech jednostkach opieki zdrowotnej (np. jednocześnie w szpitalu, domu opieki i jako pielęgniarki środowiskowe), co może mieć wpływ na popyt wyrażany w liczbie pielęgniarek poszukiwanych na rynku.

Bezrobocie w zawodzie pielęgniarki

Zawód pielęgniarki nie należy w skali kraju do zawodów wysoce deficytowych lub wysoce nadmiarowych. W pierwszym półroczu 2012 r. według danych Ministerstwa Pracy 34,4% bezrobotnych pielęgniarek poszuki-

Stan na: 31.12.2011	Praktyki indywidualne				Razem praktyki – stan na 31.12.2011
Województwo	specjalistyczne pielęgniarek	specjalistyczne położnych	indywidualne pielęgniarek	indywidualne położnych	
Zachodniopomorskie	105	23	2401	228	2757
Wielkopolskie	36	5	2306	326	2673
Mazowieckie	28	4	2033	232	2297
Kujawsko-pomorskie	56	13	1784	174	2027
Warmińsko-mazurskie	26	8	1322	173	1529
Pomorskie	12	–*	1 241	141	1394
Lubelskie	32	5	1121	134	1292
Dolnośląskie	8	2	1074	81	1165
Śląskie	17	4	740	80	841
Podkarpackie	1	1	695	79	776
Podlaskie	45	3	548	22	618
Łódzkie	8	2	464	43	517
Małopolskie	21	6	296	75	398
Opolskie	–	–	117	6	123
Świętokrzyskie	1	0	99	15	115
Ogółem:	396	74	16 241	1809	18 520

Tabela II. Praktyki indywidualne pielęgniarstwa i położnych w roku 2011 w układzie województw.

* nie występuje

Źródło: Obliczenia własne na podstawie danych Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych.

Stan na 31.12.2011	Praktyki grupowe		
Województwo	pielęgniarek	położnych	pielęgniarsko-położnicze
Wielkopolskie	98	10	14
Małopolskie	68	9	10
Śląskie	38	1	–
Warmińsko-mazurskie	33	6	13
Zachodniopomorskie	25	–*	–
Podkarpackie	15	2	3
Mazowieckie	14	1	1
Łódzkie	14	–	–
Dolnośląskie	13	–	–
Lubelskie	12	–	1
Pomorskie	8	–	–
Podlaskie	7	1	1
Kujawsko-pomorskie	5	2	1
Świętokrzyskie	2	–	–
Opolskie	0	–	–
Ogółem	352	32	44

Tabela III. Praktyki grupowe pielęgniarstwa i położnych w roku 2011 w Polsce według województw.

* nie występuje

Źródło: Obliczenia własne na podstawie danych Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych.

wało pracy dłużej niż 12 miesięcy. W końcu pierwszego półrocza 2013 r. w urzędach pracy było zarejestrowanych około 4 tys. pielęgniarek ogółem, co w odniesieniu do

pracujących (około 200 tys.) jest niewielką liczbą. Wśród ogółu pielęgniarek zarejestrowanych w urzędach pracy jako bezrobotne największy udział mają pielęgniarzki

zamieszkujące najludniejsze województwa, tj. śląskie i mazowieckie. Większa ich liczba występuje też w województwie dolnośląskim, a więc tam, gdzie na szerszą skalę likwidowano szpitale publiczne (**Tabela IV**).

Wyraźnie więc widać w świetle tych danych o bezrobociu pielęgniarów, że w Polsce nie istnieją łatwe do uruchomienia w zawodzie rezerwy kadrowe. Stopę bezrobocia można bowiem szacować w tym zawodzie na mniej niż 2% i postrzegać jako naturalną. By pozyskać zaś nowe osoby pracujące w tym zawodzie, należałoby zapewnić ich dopływ z systemu edukacji, co trwa kilka lat lub – co równie powolne – uzyskać ich dopływ z zagranicy. Obie te strategie nie są realistyczne, ponieważ nie jest to obecnie zawód atrakcyjny w Polsce. Co prawda, daje on względną stabilność zatrudnienia (niskie bezrobocie w zawodzie), jednak inne warunki pracy są postrzegane jako niekorzystne. Utrzymujące się protesty pielęgniarów przeciwko niskim wynagrodzeniom informują opinię publiczną o trudnych warunkach pracy, a ciągłość tego protestu, brak instytucjonalnych mechanizmów zabezpieczających konieczny wzrost wynagrodzeń w tym zawodzie oznaczają, że ta ścieżka kariery zawodowej jest opatrzona sygnałami negatywnymi dla potencjalnych kandydatów.

	Pielęgniarki bezrobotne w liczbach bezwzględnych	Procent
Polska	4090	100
Województwo		
Śląskie	542	13,3
Mazowieckie	399	9,8
Dolnośląskie	395	9,7
Małopolskie	383	9,4
Podkarpackie	332	8,1
Lubelskie	274	6,7
Łódzkie	252	6,2
Wielkopolskie	237	5,8
Kujawsko-pomorskie	235	5,7
Zachodniopomorskie	211	5,2
Pomorskie	183	4,5
Świętokrzyskie	182	4,4
Mazurskie	144	3,5
Podlaskie	121	3,0
Opolskie	117	2,9
Lubuskie	83	2,0

Tabela IV. Liczba pielęgniarów zarejestrowanych jako bezrobotne w końcu I półrocza 2013 r.

Źródło: Obliczenia własne na podstawie danych zawartych w *Raporcie Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej, Departamentu Rynku Pracy „Zarejestrowani bezrobotni oraz wolne miejsca pracy i miejsca aktywizacji zawodowej według zawodów i specjalności w I półroczu 2013 roku”*; www.mpips.gov.pl; dostęp: 10.11.2013.

Normy obsady jako narzędzie kontroli popytu

Narodowy Fundusz Zdrowia oczekuje obsady lekarskiej i narzuca ją, choć – jak informują media przy okazji tragicznych zdarzeń (np. śmierć dziecka) – w wielu zakładach prywatnych nie potrafi ich wyegzekwować. O normach obsady pielęgniarstwa fundusz zasadniczo milczy. Ministerstwo Zdrowia było zobligowane do uregulowania sposobu ustalenia tych norm, ale dosyć długo tego nie robiło. W 2010 r. wystąpiło z propozycją powszechnie krytykowaną przez środowiska pielęgniarstwa, że: „sprawowanie opieki na oddziale szpitalnym przez jedną pielęgniarkę lub położną obejmuje nie więcej niż 20 pacjentów w ciągu jednej zmiany”. Ostatecznie sposób ustalania norm reguluje Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarów i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz.U. z dnia 31 grudnia 2012 r.). Rozporządzenie to miało dosyć długie *vacatio legis*, jako że głosiło: „minimalne normy ustalone przed dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia mogą być stosowane nie dłużej niż do dnia 31 marca 2014 r.”.

Skutki tego zaniechania są dramatycznie negatywne. Nawet w publicznych szpitalach zdarza się, że na dyżurze nocnym przebywa jedna pielęgniarka. Wyobraźmy sobie jej stres, że sama zachoruje lub zdarzy się coś, z czym indywidualnie sobie nie poradzi. Także w godzinach pracy dziennej na oddziałach jest często po prostu za mało pielęgniarów. Rośnie więc obciążenie pracą. Zdaniem pielęgniarów badanych w szpitalach samorządowych stolicy, wzrasta wśród nich odczucie bardzo dużego stresu zadaniowego, dochodzą nowe biurokratyczne obowiązki, związane z systemami zapewniania jakości opieki i leczenia. Pielęgniarki oceniają, że mają coraz mniej czasu na czynności ściśle medyczne i na czynności pielęgnacyjne, tak ważne dla dobrostanu człowieka chorego.

Jest oczywiste, że te zjawiska oszczędzania na wydatkach na pracę pielęgniarów wynikają z tego, jak finansowana jest opieka zdrowotna w naszym kraju oraz ze sposobu wydatkowania zasobów finansowych przez kierowników zakładów leczniczych.

Z pewnością cięcie budżetów płacowych na płace pielęgniarów wyraża się w kilku działaniach podejmowanych przez menedżerów i właścicieli zakładów opieki zdrowotnej. Najbardziej popularną strategią jest utrzymywanie płac pielęgniarów na najniższym z możliwych w danej sytuacji poziomie. Warto w tym punkcie wskazać na protesty, strajki ostrzegawcze, głodówki i strajki standardowe pielęgniarów szpitalnych o podwyżki płac oraz liczne sprawy sądowe o niewywiązywanie się dyrekcji szpitali publicznych z obowiązku udzielenia podwyżki wynagrodzeń z tzw. ustawy 203 (uchwalona przez Sejm w roku 2000).

Drugi sposób to wprowadzanie w miejsce umów o pracę tzw. kontraktów, o czym wspomniano wcześniej, w kontekście podaży stanowisk pracy. Pielęgniarki są zachęcane lub przymuszane do założenia tzw. praktyki pielęgniarstwa, indywidualnej lub grupowej, i świadczenia usług w ramach umowy z zakładem leczniczym. W roku

2011 w zakładach leczniczych (publicznych i niepublicznych) zatrudniano 193 847 pielęgniarek, natomiast tzw. praktyk pielęgniarstwa w tym roku funkcjonowało w kraju: grupowych – 352, indywidualnych specjalistycznych – 369, a indywidualnych – 16 241. Można więc założyć, że kontrakty obejmują co najmniej 10% pielęgniarek czynnych zawodowo, jeśli nie dużo więcej, jako że nie ma dokładnych danych o wielkości zatrudnienia w podmiotach zwanych grupowymi praktykami pielęgniarstwa. Również umowy cywilno-prawne są relatywnie często wykorzystywane, dochodząc do 20% wolumenu pracy w podstawowej opiece zdrowotnej [12].

Oszczędzanie na obsadzie pielęgniarstwa w warunkach, gdy Narodowy Fundusz Zdrowia *de facto* „umywa ręce”, jest najbardziej skuteczną metodą pozwalającą na największe oszczędności, nader często kosztem jakości opieki zdrowotnej.

Istnieje też obawa, w pewnej części uzasadniona, że pielęgniarek jest zbyt mało w Polsce, by można było pozwolić sobie na jednoznaczne normy obsady. Być może już teraz, gdyby nie praca pielęgniarek w formie umów cywilno-prawnych i praca na kontraktach, niektóre placówki zdrowotne nie miałyby w ogóle wystarczającej obsady pielęgniarstwa. Nic więc dziwnego, że minister zdrowia dysponując bardziej precyzyjnymi danymi, pozostawił w rzeczywistości decyzje o obsadzie pielęgniarstwa w szpitalach w rękach ich dyrektorów, cedując tym samym także odpowiedzialność na te osoby.

Gratyfikacja zarobkowa

Zasadniczym problemem środowiska są stosunkowo niskie płace. Z badania GUS (**Tabela V**), charakteryzującego wynagrodzenia w działach gospodarki i zawodach, wynika, że najczęściej występujące wynagrodzenie (ponad 49%), jakie otrzymywały pielęgniarki w 2010 r., mieściło się w przedziale od 2657,64 zł do 3543,50 zł. Ponad 23% pielęgniarek otrzymywało wynagrodzenie w przedziale od minimalnego wynagrodzenia do 2657,63 zł. Nieco ponad 19% zarabiała więcej niż 3543,51 zł [13]. Stosunkowo niskie zarobki pielęgniarek znajdują potwierdzenie w naszych badaniach szpitali samorządowych w Warszawie. Pielęgniarki szpitalne w dobrze funkcjonującym szpitalu samorządowym zarabiają 3500 zł brutto, z tym że podstawą jest zazwyczaj suma

2400 zł i dodatkowo stażowe za wysługę lat [14]¹. Zdaniem badanych pielęgniarek w tych szpitalach zarobki są bardzo niskie, co przyjmują z rozgoryczeniem.

Duże różnice zarobków lekarzy i pielęgniarek są ważną w tym kontekście kwestią, tym bardziej że lekarze i pielęgniarki pracują często razem, w zespołach roboczych, wiele o sobie wiedzą i oceniają wzajemnie swoje zaangażowanie, fachowość oraz wkład pracy. Z badań GUS wynika, że w roku 2010 ponad 70% lekarzy zarabiała miesięcznie w pracy na etacie ponad 4429,30 zł, podczas gdy taką płacę osiągało 7% pielęgniarek [14]. Oczywiście, zróżnicowanie wynagrodzeń w powiązaniu z kwalifikacjami i zadaniami jest konieczne. W każdym systemie ochrony zdrowia musi istnieć zróżnicowanie płacowe, będące odpowiedzią na kwalifikacje, umiejętności, morale pracy. Nie istnieją jednak w praktyce w Polsce żadne standardy tego zróżnicowania w relacji lekarz–pielęgniarka. Czy powinno to być jak jeden do dziesięciu (standard amerykański), czy jak jeden do pięciu (standard brytyjski)? Pomimo że źródłem funduszy płac są zasoby publiczne (składki zdrowotne pobierane od pracodawców i pracowników), kwestia ta jest pozostawiona wolnej grze rynkowej.

Wiele strajków szpitalnych wybucha na tle niskich zarobków, ich stagnacji w warunkach, gdy rosną koszty utrzymania.

Teoria równowagi między popytem na pracę pielęgniarek a podażą

Jak wynika z przeprowadzonej analizy, dotychczas udawało się zachować względną równowagę między popytem na pracę pielęgniarek i podażą. Zawód ten jest wysoce regulowany, uprawnienia do jego wykonywania wymagają cenzusu edukacyjnego i przynależności do izby. Izby pielęgniarek są dosyć aktywne w funkcji kontroli wejścia na rynek pracy zawodu, a działanie izb jest typową strategią, charakteryzującą organizacje chroniące zawód w typologii Olsona. Wyraźnie jednak widać, że ta równowaga jest bardzo krucha, z trudem osiągnięta na skutek działań pracodawców w ochronie zdrowia. Nowe formy zatrudnienia w zawodzie, brak jednoznacznych regulacji w kwestii obsady pielęgniarstwa, polityka niskich zarobków – wszystko to powodowało, że popyt na pracę

Przedział w stosunku do przeciętnego wynagrodzenia	Ogółem pracownicy pełnozatrudnieni i niepełnozatrudnieni	Pielęgniarki	Lekarze
do 50% (czyli do 1771,75 zł)	17,9	2,0	0,5
50–75% (czyli od 1771,76 do 2657,63 zł)	25,4	23,2	4,9
75–100% (czyli od 2657,64 do 3543,50 zł)	21,4	49,2	9,5
100–125% (czyli od 3543,51 do 4429,38 zł)	14,4	18,6	13,8
ponad 125% (czyli od 4429,30 zł)	20,9	7	71,3

Tabela V. Pracownicy otrzymujący wynagrodzenie miesięczne ogółem w wysokości procenta przeciętnego wynagrodzenia brutto w gospodarce narodowej (3543,50zł), w październiku 2010 r. w zakładach pracy zatrudniających 10 lub więcej pracowników.

Źródło: Obliczenia własne na podstawie „Struktura wynagrodzeń według zawodów w październiku 2010 r.”, GUS, Warszawa 2012.

pielęgniarek pozostawał pod kontrolą i utrzymywał się na stabilnym poziomie. Niestety, brak dopływu do zawodu młodego pokolenia z pewnością może doprowadzić do naruszenia równowagi popyt–podaż. Dotychczas pielęgniarki nie mogły czerpać korzyści – jak lekarze – z nierównowagi między popytem a podażą.

Grupy zawodowe w obronie realnej wartości wynagrodzeń i warunków pracy muszą polegać na wynikach wolnej gry rynkowej lub na obronnych działaniach zbiorowych. Grupa zawodowa polegająca na wyznaczaniu położenia w wyniku wolnej gry rynkowej odwołuje się do swojej pozycji w zakresie popytu i podaży na swoją pracę. Taka pozycja opiera się na docenianiu i wynagradzaniu przez rynek rzadkich kwalifikacji i umiejętności. Grupa zawodowa polegająca na obronnych działaniach zbiorowych w trudnej sytuacji względnej równowagi rynkowej jest zmuszona stale mobilizować się do protestu. Wydaje się, że pielęgniarki są właśnie grupą zawodową tego drugiego rodzaju. Przejdźmy więc do koncepcji Mancura Olsona, która wyjaśnia przede wszystkim strategię grupową tego zawodu na rynku pracy.

Związki zawodowe i ich zdolność do zorganizowanego protestu w środowisku pielęgniarek

Teoria Olsona nakazuje interesowanie się kwestiami grupowej organizacji interesów w warunkach, gdy są one zagrożone jakimś monopolem po stronie pracodawcy. Z taką sytuacją mamy w istocie do czynienia w Polsce, ponieważ warunki zatrudnienia pielęgniarek zależą od publicznego płatnika.

Jak zauważono wcześniej, stopa uzwiązkowienia pielęgniarek jest dosyć wysoka, jak na kontekst polski, i z pewnością wynosi ponad 50%. Wyliczenia te biorą pod uwagę następujące związki zawodowe i ich bazę członkowską: aż 79 000 członków jest skupionych w Ogólnopolskim Związku Zawodowym Pielęgniarek i Położnych (OZZPiP), afiliowanym w Forum Związków Zawodowych, 1680 członków w Ogólnopolskim Związku Zawodowym Pracowników Bloku Operacyjnego Anestezjologii i Intensywnej Terapii (OZZPBOAiT), afiliowanym w Forum Związków Zawodowych, 9000–13 500 członków – pielęgniarek jest skupionych w Sekretariacie Ochrony Zdrowia Niezależnego Samorządnego Związku Zawodowego „Solidarność”, 5000 członków – pielęgniarek przynależy do Federacji Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia i Pomocy Społecznej (FZZPOZiPS), afiliowanej w Ogólnopolskim Porozumieniu Związków Zawodowych [15]. Działa także wiele au-

tonomicznych związków zawodowych nieafiliowanych w trzech głównych centralach, których liczbę i członkostwo trudno oszacować. Istnieje też autonomiczna konfederacja tych związków o nazwie Ogólnopolska Konfederacja Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia „Jarosławiec”, grupująca ponad 70 niezależnych organizacji związkowych, działających w szpitalach i domach opieki, oraz związki zawodowe pracowników w szpitalach Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji, a także Ministerstwa Obrony Narodowej [15]. Ostrożnie szacując, jest to razem co najmniej 100 000 członków – pielęgniarek, płacących składki. Biorąc pod uwagę, że skoro pod koniec 2012 r. w ochronie zdrowia pracowały 184 944 pielęgniarki, stopa uzwiązkowienia wyniosła 51%. Tak duże uzwiązkowienie jest dowodem na determinację środowiska, by móc zbiorowo działać, gdy będzie to potrzebne.

Związki zawodowe są w stanie zmobilizować pielęgniarki do strajkowania. Strajki, do których dochodzi, mają miejsce najczęściej w szpitalach, gdzie ze względu na duże skupiska pracowników dobrze się znających łatwiej jest je zorganizować. Są to zazwyczaj strajki w pojedynczych szpitalach, rzadziej obejmują kilka szpitali lub jakiś teren. Są one też relatywnie częste (**Tabela VI**).

Siła presji strajkowej daje się ocenić jako średnia, ponieważ strajki są prowadzone jednak z zabezpieczeniem, co najmniej najpilniejszych, potrzeb pacjentów. Strajki tzw. głodowe, które są połączeniem ciągłego przebywania na terenie szpitala, niewielkiego ograniczenia wykonywania pracy i jednoczesnego prowadzenia głodówki, zdają się coraz mniej popularne, ponieważ ich skuteczność okazała się ograniczona. Niewątpliwie jednak żadna grupa zawodowa w Polsce obecnie nie jest tak skuteczna w organizacji strajku jak pielęgniarki.

Sama skuteczność strajków też jest dosyć wysoka. Ich wynikiem są zawsze podwyżki wynagrodzeń, nieco rzadziej porozumienia zbiorowe, które obejmują nie więcej niż 20% szpitali. Porozumienia zbiorowe podpisano w jednostkach Ministra Obrony Narodowej (dla 10 tys. pracowników) oraz w jednostkach leczniczych Ministra Spraw Wewnętrznych (dla 6 tys. pracowników) [15], co nastąpiło bez presji strajkowej.

Pielęgniarki są także zdolne do organizacji protestu w innej formie niż strajk. Warto podać przykład tzw. Białego Miasteczka, protestu w formie okupacji ulicy przed budynkiem rządowym w roku 2006, i towarzyszącego mu oddziaływania na opinię publiczną i polityków, co skutkowało tzw. ustawą wedłowską (z czerwca 2006 r.). Dała ona szansę na wzrost płac pielęgniarek, ponieważ

Wskaźniki protestu strajkowego	2005	2006	2007	2008	2009	2011
Liczba strajków	8	24	113	80	10	5
Liczba strajkujących	12	3459	8040	3048	803	286
Liczb utraconych dni pracy	8	12 284	137 643	2769	3833	72

Tabela VI. Strajki w ochronie zdrowia w Polsce w latach 2005–2012.

Źródło: Rocznik Statystyczny 2007, 2010, 2012.

nakazywała, że 30% z tzw. dodatkowych kontraktów z Narodowym Funduszem Zdrowia może być przeznaczone na podwyżki.

Związki zawodowe pielęgniarów i położnych organizują bardzo często inne akcje protestacyjne (np. na terenie Sejmu, demonstracje przed budynkami publicznymi). Jesienią 2012 r. Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych włączył się w europejską akcję protestacyjną skierowaną przeciwko pogarszaniu warunków pracy i jakości opieki zdrowotnej pod wpływem procesów prywatyzacji i ekonomizacji.

Związki zawodowe pielęgniarów wykazują się na tle europejskim dość dużą zdolnością do artikulacji postulatów pracowniczych i mobilizacji do działań zbiorowych. Julia Kubisa w pracy *Bunt białych czepków* pokazała, że są to związki wojownicze, choć przecież prowadzone przez kobiety, potrafiące jednocześnie w stosunku do pacjentów wykazać opiekuńczość i łagodność [16].

Ogólnie związki zawodowe pielęgniarów zdają się pozyskiwać opinię publiczną do swoich postulatów. Bardzo umiejętnie potrafią pokazać, że ich postulaty, dotyczące większych płac i większej obsady, łączą się z postulatami lepszej jakości opieki zdrowotnej. Z łatwością zyskują też pomoc bardziej zmaskulizowanych organizacji związkowych, np. górników.

Podsumowanie

Decydenci polityczni powinni zacząć na serio interesować się warunkami pracy w zawodzie pielęgniarstwa: wynagrodzeniami, szkoleniami i normami obsady. To, czy pielęgniarka pracuje na etacie czy kontrakcie, jest w nocy na dyżurze sama czy ma wsparcie koleżanki, przestaje być problemem tylko tej grupy zawodowej. Wkrótce stanie się to poważnym problemem społecznym. Pielęgniarki jako grupa zawodowa przestają się odnawiać. Jest jeden tylko sposób, by zapobiec temu procesowi: poprawić położenie pielęgniarów w Polsce. By zachęcić młodych ludzi obu płci do rozpoczynania edukacji w zawodzie pielęgniarstwa i podejmowania tej ważnej roli zawodowej, konieczne jest tworzenie znacznie lepszych niż obecnie warunków pracy w tym zawodzie.

Obecnie środowisko pielęgniarów jest reprezentowane w kwestii warunków pracy i płacy przez wiele związków zawodowych, a członkostwo należy do najwyższych w Polsce. Jest także zdolne do organizacji protestów w formie strajków i innych kolektywnych akcji. Protesty te doprowadziły w latach 2006–2008 do relatywnej poprawy położenia pielęgniarów, lecz ostatnie pięć lat przyniosło zastój, jeśli nie regres. Zarobki pielęgniarów są niskie w porównaniu z zarobkami lekarzy, co jest niekorzystne ze względu na konieczne w ich relacjach poczucie wspólnoty pracy. W przyszłości pielęgniarki mogą, tak jak lekarze, zwrócić się ku strategii obrony przez rynek, ze względu na prawdopodobne dalsze utrzymywanie się małego zainteresowania tym zawodem ze strony młodych ludzi. Będzie to oznaczało wzrost zarobków i dłuższą możliwość pracy w zawodzie, nawet po przejściu na emeryturę. Zawód pielęgniarstwa powinien być bardziej atrakcyjny w Polsce dla młodych ludzi obojga płci. Osta-

ecznie uderza brak dialogu społecznego pracodawców i władz publicznych ze środowiskiem pielęgniarów.

Przypis

¹ Jest to dodatek w wysokości 3% miesięcznego wynagrodzenia zasadniczego po 3 latach pracy, wzrastający o 1% za każdy następny rok pracy do 20% po 20 latach pracy.

Piśmiennictwo

1. *Prestiż zawodów 2009*, Komunikat z badań CBOS nr BS/8/2009, http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2009/K_008_09.PDF; dostęp: 4.03.2013.
2. Słomczyński K.M., Wesołowski W., *Zmniejszanie nierówności społecznych a rozbieżność czynników statusu*, „Studia Socjologiczne” 1975; 56(1): 35–46.
3. Kubisa J., *Związki zawodowe pielęgniarów i położnych w obronie jakości usług zdrowotnych*, w: W. Kozek (red.), *Gra o jutro usług publicznych w Polsce*, Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2011.
4. Ostrowski P., *Deregulacja rynkowa w procesie reformy ochrony zdrowia a protesty pielęgniarów i położnych*, w: W. Kozek (red.), *Instytucjonalizacja stosunków pracy w Polsce*, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2003.
5. *Polacy o protestach pracowników służby zdrowia*. Komunikat z badań CBOS nr BS/114/2007 Warszawa, lipiec 2007; http://www.cbos.pl/spiskom.pol/2007/k_114_07.pdf; dostęp: 4.03.2013.
6. Farnham D., Pimlott J., *Understanding Industrial Relations*. Fourth Edition, Villers House, London 1992.
7. Olson M., *Logika działania zbiorowego. Dobra publiczne i teoria grup*, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2012.
8. Domagała A., *Restrukturyzacja zatrudnienia kadr medycznych w Polsce w latach 1999–2001*, „Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie” 2003; 1(1): 52–63.
9. *Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia*, 2005.
10. Domagała A., *Problemy płacowe i emigracja zarobkowa polskich lekarzy i pielęgniarów*, „Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie” 2006; 2: 55–65.
11. http://warszawa.gazeta.pl/warszawa/1,86775,9324992,Ile_zarabia_pielgniarka_w_stolicy_nawet_6_tys_zl.html; dostęp: 4.03.2013.
12. Dane Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, 2001–2011; dostęp: 4.03.2013.
13. *Struktura wynagrodzeń według zawodów w październiku 2010 r.*, GUS, Warszawa 2012; www.gus.stat.gov.pl; dostęp: 4.03.2013.
14. Wiadomość za: <http://solidarnosc-coi.waw.pl/79/dodatek-funkcyjny-i-dodatek-za-wysluge-lat.html>; dostęp: 4.03.2013.
15. Mrozowski A. (Institute of Public Affairs and University of Wrocław), *Industrial Relations in the Health Care Sector, Poland*; <http://www.eurofound.europa.eu/eiro/studies/t1008022s/pl1008029q.htm>; dostęp: 4.03.2013.
16. Kubisa J., *Bunt białych czepków: analiza aktywizacji związkowej sfeminizowanych grup zawodowych*, praca doktorska, Instytut Socjologii Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2011.